

RISCO E PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE

PRESSURE ULCERS RISK AND PREVALENCE IN AN ADMISSIONS UNIT IN A BELO HORIZONTE TEACHING HOSPITAL

RIESGO Y PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELO HORIZONTE

Maria Cecília Moreira Sales¹
Eline Lima Borges²
Miguir Terezinha Viacelli Donoso³

RESUMO

Os objetivos com este artigo foram identificar o risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão dos pacientes internados na unidade de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário de Minas Gerais, a prevalência de úlcera por pressão da referida unidade e classificar as úlceras por pressão quanto à localização e estadiamento. Trata-se de estudo descritivo transversal sobre o risco dos pacientes para desenvolvimento de UP e a prevalência desse agravamento, desenvolvido em uma unidade de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário de Minas Gerais. A amostra foi constituída por 16 pacientes, sendo aplicada a Escala de Braden para a identificação de risco para o desenvolvimento de UP e utilizado o cálculo da taxa de prevalência e das frequências absoluta e relativa para a descrição das variáveis coletadas. Os escores da Escala de Braden encontrados foram de 74,9% de pacientes sem nenhum risco, 6,3% com risco elevado e de 18,8% com risco muito elevado. Três pacientes apresentavam úlcera por pressão (prevalência de 18,8%). Quanto à classificação das úlceras por pressão, o maior percentual encontrado foi no estágio IV (58,9%), seguido do estágio II (23,5%). Os resultados apresentados indicam que a aplicação da Escala de Braden e o estudo da prevalência de UP em pacientes internados favorecem tomadas de decisões e direcionamento das intervenções de enfermagem de forma individualizada o mais precocemente possível.

Palavras-chave: Úlceras por Pressão; Fatores de Risco; Prevalência; Enfermagem.

ABSTRACT

This cross sectional descriptive study aims to identify the patients' risk of developing pressure ulcers (PU), to diagnose the occurrence of PU in the hospital unit, and to classify the PU according to location and staging. The 16 patients studied were admitted to a Medical-Surgical Clinic of a University Hospital in Minas Gerais. We employed the Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk. Calculation of the prevalence rate and the absolute and relative frequencies were used in describing the variables. The interpretation of the Braden Scale score indicated that 74.9% of the patients presented no risk, 6.3% had high-risk and 18.8% a very high risk of developing pressure ulcer. Three patients had PU (18.8% prevalence). Regarding the PU classification, the largest percentage was in stage IV (58.9%) followed by stage II (23.5%). The results demonstrate that the use of the Braden Scale and the study of the PU prevalence in patients help the decision making and nursing actions interventions earlier on in the process.

Key words: Pressure Ulcers; Risk Factors; Prevalence; Nursing.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar el riesgo de pacientes para desarrollar úlceras por presión (UP), identificar su prevalencia y clasificarlas según su ubicación y estado. Se trata de un estudio transversal llevado a cabo en una unidad de la clínica médico-quirúrgica de un hospital universitario del Estado de Minas Gerais. La muestra estuvo constituida por 16 pacientes. Se utilizó la escala de Braden para identificar los factores de riesgo para el desarrollo de las UP y se calculó la tasa de prevalencia y frecuencias absolutas y relativas para describir las variables. Según la escala de Braden 74,9% de los pacientes no presentaba ningún riesgo, 6,3% riesgo alto y 18,8% riesgo muy alto. Tres pacientes tenían UP (18,8% de prevalencia). En cuanto a la clasificación de las UP el mayor porcentaje (58,9%) se observó en la fase IV y 23,5% en la fase II. Los resultados han demostrado que la escala de riesgo de Braden y el estudio de la prevalencia en los pacientes ingresados favorecen la toma de decisiones y ayudan a los enfermeros a actuar lo antes posible.

Palabras clave: Úlceras por Presión; Factores de Riesgo; Prevalencia; Enfermería.

¹ Enfermeira da Santa Casa de Misericórdia de Sabará-MG. Estomatoterapeuta pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EUFMG).

² Enfermeira estomatoterapeuta (TISOBEST). Mestre e doutora em Enfermagem. Professora adjunta da EUFMG.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde. Professora adjunta da EUFMG.

Endereço para correspondência – Escola de Enfermagem da UFMG. Campus da Saúde. Avenida Alfredo Balena, 190, Sala 216. CEP 30130.100. Belo Horizonte, MG. Tel.: (31) 3409-9177. E-mail: eborges@ufmg.br.

INTRODUÇÃO

A busca pela melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente hospitalizado não depende unicamente dos avanços tecnológicos e científicos, mas, principalmente, da utilização do conhecimento dos profissionais que o assistem, em especial a equipe de enfermagem.¹ Um dos desafios da equipe de enfermagem diante do paciente hospitalizado refere-se à prevenção das úlceras por pressão (UPs), bem como ao cuidado daqueles acometidos por esse agravo. As UPs sempre demandaram grande preocupação aos serviços de saúde, quer pela elevada incidência, prevalência e diversidade de medidas profiláticas e terapêuticas demandadas, quer pelo aumento da mortalidade, morbidade e custos delas provenientes.²

Úlceras por pressão são definidas pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) como “áreas localizadas de tecido necrótico que tendem a se desenvolver quando um tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por tempo prolongado.”³ São agravos comuns que aumentam o risco de infecção, dificultam a recuperação, prolongam a internação, geram custo elevado e contribuem para o aumento da taxa de mortalidade.⁴

De acordo com o NPUAP, a prevalência em hospitais nos Estados Unidos varia de 3% a 14%, aumentando para 15% a 25% em casas de repouso.⁵ No Brasil, não existe uma estatística precisa quanto ao número de indivíduos acometidos por UP. As informações mais frequentes, referentes à incidência e à prevalência desse agravo são de pacientes internados em unidades de terapia intensiva e em pacientes idosos e institucionalizados.⁶

A literatura⁷⁻⁹ aponta para a magnitude das consequências da úlcera por pressão, seja em termos de sofrimento humano, seja em termos econômicos, despertando a atenção não somente de estudiosos, pesquisadores ou profissionais, mas também de órgãos governamentais ligados à saúde. Ressalte-se que a prevenção e o tratamento das úlceras por pressão têm tido prioridade no desenvolvimento de políticas que orientam a prática fundamentada em bases científicas.

A etiopatogenia para o desenvolvimento das UPs se dá com base em determinantes etiológicos críticos, como a intensidade e a duração da pressão agregados à tolerância dos tecidos para suportarem determinada pressão.¹⁰ Outros fatores de risco para o desenvolvimento de UP são percepção sensorial, mobilidade e atividade comprometida, assim como os fatores de redução da tolerância tissular, que se dividem em extrínsecos, como pressão, fricção, cisalhamento e umidade, e os intrínsecos, como a idade, o estado nutricional, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos e as doenças crônicas como o diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares.⁵

As áreas mais prováveis de desenvolvimento de UP são aquelas susceptíveis à distribuição desigual de peso ou aquelas com excesso de pressão. Os locais mais frequentes são: sacro, ísquio, trocânter, cotovelo, calcâneo, escápula, occipital, esterno, costelas, crista

ilíaca, patela e maléolos. Ressalte-se que, dada a maior concentração de proeminências ósseas e distribuição desigual de peso, especialmente em indivíduos cadeirantes, a maior parte dessas úlceras ocorre na parte inferior do corpo.⁷

A determinação do risco do paciente para o desenvolvimento da úlcera é a primeira medida a ser adotada para a prevenção da lesão. Deve ser realizada na admissão do paciente e pelo menos a cada 48 horas, ou quando ocorrer alteração em suas condições de saúde, principalmente em pacientes criticamente enfermos que apresentam grande número de fatores de risco.¹¹

O instrumento de avaliação do risco mais extensivamente testado e utilizado é a Escala de Braden, um instrumento eficaz no auxílio ao enfermeiro quando em processo de decisão das medidas preventivas que devem ser adotadas, de acordo com o risco de cada paciente.¹¹

A Escala de Braden é um instrumento norte-americano de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP, que foi traduzida e validada no Brasil em 1999.¹² É composta por seis subescalas, também chamadas de domínios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Desses domínios, três medem determinantes clínicos da exposição do paciente à pressão prolongada e intensa: percepção sensorial, atividade e mobilidade e três aferem fatores que interferem na capacidade do tecido de suportar o excesso de pressão: umidade, fricção, nutrição e cisalhamento.¹⁰ Cada um dos domínios da escala tem uma especificação quantitativa padronizada das condições do paciente, com variações de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, cuja variação vai de 1 a 3. A somatória da pontuação nos seis domínios pode variar de 6 a 23.¹³ Após a aplicação da escala de risco, é realizada a análise do total de pontos obtidos por cada cliente, sendo que quanto menor a pontuação, maior o risco de desenvolver ou agravar a úlcera por pressão.

O risco do paciente para desenvolver UP é classificado por níveis de risco, considerando a somatória dos escores ou escore total, que se classificam em: em risco – pacientes adultos com escores de 15 a 16 ou pacientes idosos com escores de 17 a 18; risco moderado – pacientes com escores de 13 a 14; risco alto ou elevado – pacientes com escores iguais e entre 10 e 12; e risco muito elevado – pacientes com escores iguais ou menores que 9.¹⁴

A prevenção da UP representa, sem dúvida, o mais eficiente método disponível para minimizar sua ocorrência.

Em 2007, os membros do NPUAP reuniram-se com o objetivo de revisar a classificação do estadiamento das UPs, tendo sido acrescentada a expressão: “suspeita de lesão tissular profunda.” A nova classificação¹⁵ encontra-se descrita a seguir.

A suspeita de lesão tissular profunda é caracterizada por área localizada de pele intacta, de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, decorrente de dano no tecido mole, por causa de pressão, cisalhamento ou ambos. A área pode ser precedida por um tecido que se

apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente. Como descrição adicional, propôs-se que a lesão tissular profunda pode ser de difícil detecção em indivíduos com pele de tonalidades mais escuras. Sua evolução pode incluir uma pequena bolha sobre o leito escurecido da ferida. A lesão pode evoluir e ficar coberta por uma fina escara. A evolução pode ser rápida, com exposição de camadas tissulares adicionais, mesmo com tratamento adequado.

O **estágio I** é caracterizado pela pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível, podendo sua cor diferir da pele ao redor. Como descrição adicional, sugeriu-se que a área pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Feridas em estágio I podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele com tonalidade escura, podendo indicar um sinal precursor de risco.

O **estágio II** é caracterizado pela perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho-pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se, ainda, como uma bolha (preenchida com exsudato seroso) intacta ou aberta/rompida. Como descrição adicional, propôs-se que neste estágio a lesão apresenta-se como uma úlcera superficial brilhante ou seca sem esfacelo ou arroxamento (aspecto de equimose). Esse estágio não deve ser usado para descrever *skin tears*, abrasões por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriações.

O **estágio III** é caracterizado pela perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis. Como descrição adicional, propôs-se que a profundidade da úlcera nesse estágio varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, as orelhas, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas nesse estágio. Em contraste, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras por pressão no estágio III bastante profundas. Ossos e tendões não são visíveis nem diretamente palpáveis.

O **estágio IV** é caracterizado perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis. Como descrição adicional, propôs-se que a profundidade da úlcera por pressão nesse estágio varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, as orelhas, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas nesse estágio. As úlceras em estágio IV podem estender-se aos músculos e/ou estruturas de suporte (como fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso/tendão é visível ou diretamente palpável.

As úlceras que não podem ser classificadas como as lesões com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (tecido necrótico amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (tecido necrótico marrom, castanha ou negra) no leito da lesão. Como descrição adicional considera-se que a verdadeira profundidade e, portanto, o estágio da úlcera não pode ser determinado até que suficiente esfacelo e/ou escara seja removido(a) para expor a base da úlcera. Escara estável, com as características seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação localizada nos calcâneos serve como “cobertura natural (biológica) corporal” e não deve ser removida.

As diretrizes para o tratamento da UP destacam que as instituições preocupadas com o cuidado da saúde são responsáveis pelo desenvolvimento e pela implementação de programas educacionais destinados a traduzir o conhecimento sobre esse agravo em estratégias eficazes de tratamento. Enfatizam que os programas de educação deveriam incluir informações relacionadas à prevenção e ao tratamento, avaliação de danos dos tecidos e monitorização dos resultados.⁸

O enfermeiro, principalmente o enfermeiro estomaterapeuta, por ser referência no cuidado a pacientes com feridas, incontinências, cateteres, drenos e estomias, deve proporcionar um cuidado clínico mais atento às reais necessidades desse cuidado. A enfermagem clínica é direcionada a todas as clientela, pois comporta todas as diretrizes e objetivos para assistir a pessoa e proporcionar o bem-estar do ser humano, uma vez que detecta complicações, evita ações centradas somente no agravo, preocupando-se em sentir, intuir, ir além do intelectual, ou seja, ir além da doença e suas causas.¹⁶

Considerando-se a gravidade da ocorrência de UP em pacientes hospitalizados, observa-se que ainda são escassos os programas de prevenção. Observa-se, também, que os fatores de risco para essas lesões são pouco valorizados pela equipe de saúde.

No hospital campo de estudo, não há registros documentados da ocorrência de UP e, apesar da existência de protocolos de prevenção e tratamento em todos os setores de internação, estes são pouco utilizados na implementação do cuidado. Dessa forma, com este trabalho, tem-se o intuito de contribuir com dados e informações sobre a ocorrência de UP, visando subsidiar outras pesquisas e instrumentalizar os profissionais para um melhor enfrentamento deste agravo.

OBJETIVOS

- Identificar o risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão dos pacientes internados na unidade de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário de Minas Gerais.
- Identificar a prevalência de úlceras por pressão na referida unidade.
- Classificar as úlceras por pressão quanto à localização e estadiamento.

PERCURSO METODOLÓGICO

Tipo de estudo

Estudo com abordagem descritiva transversal sobre o risco dos pacientes para desenvolvimento de UP e a prevalência desse agravo.

Local

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma unidade de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário de Belo Horizonte-MG. Trata-se de um hospital universitário público e geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade.

A unidade selecionada para o estudo comporta 19 leitos, distribuídos em 7 enfermarias. Os pacientes são encaminhados do pronto atendimento, unidade de terapia intensiva ou bloco cirúrgico para o tratamento de patologias cardiológicas, respiratórias, ginecológicas ou neoplásicas.

População e amostra

No dia da coleta de dados, a unidade de internação contava com três leitos vagos, perfazendo um total de 16 pacientes internados. Todos atenderam aos critérios de inclusão, uma vez que eram maiores de 18 anos e concordaram em participar do estudo. Por conseguinte, a amostra foi composta por 16 pacientes.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras, com o auxílio de quatro discentes e duas professoras do Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Área de Concentração Estomaterapia –, no dia 25 de novembro de 2008. A pesquisadora e a equipe colaboradora foram submetidas a treinamento prévio, ministrado por uma docente pesquisadora e referência na área de prevenção e tratamento de UP. O processo incluiu abordagem teórico-prática sobre a avaliação sistemática de risco para o desenvolvimento das UPs, com a utilização da Escala de Braden, e sobre as UPs propriamente ditas.

O paciente foi devidamente esclarecido quanto aos objetivos, justificativas e importância da pesquisa. A coleta dos dados incluiu consulta aos prontuários dos pacientes, anamnese e exame físico da pele, visando identificar o risco para o desenvolvimento de UP e/ou presença de lesão.

Para a coleta de dados, utilizou-se instrumento composto de quatro etapas. A primeira, para a obtenção de dados sociodemográficos (idade, sexo e cor da pele); a segunda, para a obtenção dos dados clínicos (diagnóstico principal, peso e estatura) e outros dados referentes à internação (tempo e internação na Unidade

de Terapia Intensiva – UTI); a terceira, para a avaliação do risco dos pacientes mediante a Escala de Braden; e a quarta, para obtenção das características das úlceras por pressão quando presentes (número, localização, estadiamento).

Em relação ao estadiamento da UP, foi utilizada a classificação de estágio I a IV, estabelecida pela NPUAP¹⁷ em 1989. Esta, como foi referido, foi revisada em 2007, quando ocorreram mudanças nas descrições das lesões de estágios I e II e a inclusão de “suspeita de lesão tissular profunda.”²³ Isso se deve ao fato de que o projeto de pesquisa do qual este estudo faz parte foi aprovado antes da publicação da revisão da classificação. Para a definição da localização da UP foi utilizado o esquema de divisão corporal referente à frequência de ulcerações por local.

- **Variáveis demográficas:** idade, sexo, cor da pele (branco, pardo, preto e outro), peso, estatura e índice de massa corporal (IMC).
- **Variáveis epidemiológicas:** tempo de internação, diagnóstico médico registrado no prontuário e ocorrência ou não de internação na unidade de terapia intensiva.
- **Variáveis referentes ao risco de UP:** seis parâmetros da Escala de Braden – percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e/ou cisalhamento.
- **Variáveis relacionadas à UP:** presença de úlcera por pressão e caracterização desta quanto à localização e ao estadiamento.

Tratamento dos dados

Os dados coletados foram registrados em uma planilha do aplicativo Microsoft Excel, versão Windows 98, utilizando a técnica de dupla digitação. Posteriormente, os dados foram exportados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 11.5, para a análise estatística, sendo utilizado o cálculo da taxa de prevalência e das frequências absoluta e relativa para a descrição das variáveis coletadas.

Aspectos éticos

Este trabalho faz parte de uma pesquisa proposta por professoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), com o objetivo de identificar a prevalência de UP em todos os setores de um hospital público e de alta complexidade. O projeto foi aprovado conforme normatização nº 196/96, do Ministério da Saúde, sob o Parecer nº ETIIC 150/05, do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG.

A coleta de dados foi precedida pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pacientes que aceitaram participar da pesquisa, que lhes garantia a preservação da identidade. No TCLE, os informantes conferiram às pesquisadoras o direito de utilizar as informações obtidas no trabalho.

Uma via desse termo foi entregue a cada paciente e outra permaneceu com a pesquisadora. A pesquisa não implicou riscos para os participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados, seguindo-se a sequência: características demográficas, epidemiológicas e clínicas; risco para o desenvolvimento de UP; prevalência de UP; e avaliação dos pacientes com UP.

A distribuição dos pacientes quanto ao sexo está apresentada na TAB. 1:

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes do estudo, de acordo com sexo e faixa etária – Belo Horizonte – 2008

Sexo dos pacientes	n	%
Feminino	9	56,3
Masculino	7	43,7
TOTAL	16	100

Quanto à cor da pele, houve predominância da cor branca em 50% dos pacientes, seguida de 37,5% para a parda e 12,5% para a preta. Estudo sobre a prevalência de UP em um hospital universitário da cidade de São Paulo teve em sua amostra a maioria do sexo feminino (55,92%) e de etnia branca (78,43%).¹⁸

A distribuição dos pacientes segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) está descrito na TAB. 2, sendo que o IMC mínimo encontrado foi 18,4 e o máximo, 31,4 Kg/m².

TABELA 2 – Distribuição dos pacientes internados no hospital campo do estudo, conforme os intervalos de IMC – Belo Horizonte – 2008

Intervalos IMC	n	%
< 18,5 – desnutrido	1	6,3
18,5-24,9 – peso normal	9	56,2
25-29,9 – sobrepeso	4	25,0
30-34,9 – obesidade classe 1	2	12,5
TOTAL	16	100

A nutrição inadequada ou má nutrição constituem aspectos relevantes na etiologia das úlceras por pressão.¹⁹ No entanto, não se pode esquecer de que obesidade ou sobrepeso também são fatores de risco para o desenvolvimento desse agravo.²⁰

Quanto às causas da internação, dado o grande número de diagnósticos médicos apresentados por paciente, estes foram agrupados de acordo com as diversas

especialidades. Os diagnósticos mais frequentes foram patologias cardiocirculatórias (43,5%) e neoplasias (18,8%). Estudo sobre fatores de risco para UP em uma unidade de terapia intensiva corrobora esse dado, uma vez que, nesse estudo, as doenças cardíacas estão entre os três agravos mais frequentes.²¹ Na TAB. 3, é apresentada a distribuição dos pacientes segundo a causa da internação:

TABELA 3 – Distribuição dos pacientes internados no hospital campo do estudo, segundo a causa da internação – Belo Horizonte – 2008

Causa da internação	n	%
Neoplasia	3	18,8
Doença do aparelho circulatório	7	43,5
Doença do aparelho respiratório	1	6,3
Doença do aparelho geniturinário	1	6,3
Doença do sistema renal	1	6,3
Doença do sistema osteomuscular	2	12,5
Doença hematológica	1	6,3
TOTAL	16	100

Dentre as causas de internações nos Estados Unidos, as mais comuns são as cardiovasculares e o acidente vascular encefálico (AVE), sendo que esta última configura-se como a terceira causa de morte e a principal causa de incapacidade permanente com um grande número de sequelas¹. Ressalte-se que agravos como AVE, hipertensão arterial ou outras doenças crônicas podem afetar a capacidade perceptiva, a circulação sanguínea, a oxigenação e a mobilidade, favorecendo a formação de UP.

Quanto ao tempo de internação, no dia da coleta de dados, o maior tempo de internação foi de 11 dias (TAB. 4).

TABELA 4 – Distribuição dos pacientes internados no hospital campo do estudo, de acordo tempo de internação – Belo Horizonte – 2008

Dias de internação	n	%
De 2 a 6 dias	9	56,25
De 7 a 10 dias	4	25
≥ 11 dias	3	18,75
TOTAL	16	100

A variável “tempo de internação” foi considerada, uma vez que o tempo prolongado de internação está relacionado ao risco de desenvolvimento de UP.²²

Ainda, em relação aos aspectos epidemiológicos, seis pacientes haviam permanecido na UTI (37,5%). Em trabalho sobre a ocorrência da UP em diferentes momentos do processo de internação concluiu-se que, durante a permanência na UTI, a frequência desse agravo é mais elevada.²³

Quanto à variável “faixa etária”, idades extremas são consideradas fator de risco para as UPs. Com o passar dos anos, as modificações ocorridas na pele e no tecido subcutâneo, bem como as alterações cardiocirculatórias ocasionadas pelas doenças crônico-degenerativas, podem precipitar mudanças na circulação do sangue, no nível de consciência e na oxigenação, prejudicando a cicatrização da pele e reduzindo sua resistência às lesões.²³ Na TAB. 5, são apresentados os valores encontrados na avaliação do risco dos pacientes utilizando-se a Escala de Braden, de acordo com a faixa etária:

TABELA 5 – Classificação do risco pela Escala de Braden dos pacientes internados no hospital campo do estudo, de acordo com a faixa etária – Belo Horizonte – 2008

Faixa etária	Classificação do risco	Pacientes	
		Nº	%
< 60 anos	Nenhum risco	12	74,9
	Risco alto ou elevado	1	6,3
	Risco muito elevado	2	12,5
≥ 60 anos	Nenhum risco	0	0,0
	Risco alto ou elevado	0	0,0
	Risco muito elevado	1	6,3
TOTAL		16	100

Constatou-se que quatro pacientes (25% da amostra) apresentavam risco para UP. Desses pacientes, 75% tinham risco alto ou elevado e 25% risco muito elevado.

Em estudo sobre incidência de UP em unidade de neurocirurgia,²⁴ identificou-se uma taxa de risco muito superior a este. Nesse estudo, 83,3% dos pacientes apresentavam risco para UP. Os autores, porém, não determinaram o grau de risco.

Apenas um paciente da amostra apresentava idade superior a 60 anos (6,25%), sendo que ele foi incluído no escore de “risco muito elevado” para desenvolvimento de UP.

A seguir, apresenta-se a distribuição dos subescores médios da Escala de Braden dos participantes do estudo (TAB. 6). Faz-se importante lembrar que essa escala tem sido a mais utilizada na prática clínica brasileira, dada sua maior sensibilidade e especificidade.¹¹

TABELA 6 – Distribuição dos subescores médios da Escala de Braden dos pacientes internados no hospital campo do estudo – Belo Horizonte – 2008

Subescores médios	Total			
	n	%	n	%
Percepção sensorial			16	100
Completamente limitado	0	0,0		
Muito limitado	2	12,5		
Levemente limitado	1	6,3		
Nenhuma limitação	13	81,3		
Umidade			16	100
Constantemente úmida	2	12,5		
Muito úmida	1	6,3		
Ocasionalmente úmida	1	6,3		
Raramente úmida	12	74,9		
Atividade			16	100
Acamado	4	25,0		
Restrito à cadeira	0	0,0		
Caminha ocasionalmente	0	0,0		
Caminha frequentemente	12	74,9		
Mobilidade			16	100
Completamente imobilizado	3	18,8		
Muito limitado	1	6,3		
Levemente limitado	0	0,0		
Nenhuma limitação	12	74,9		
Nutrição			16	100
Muito pobre	1	6,3		
Provavelmente inadequado	3	18,8		
Adequado	4	25,0		
Excelente	8	49,8		
Fricção e cisalhamento			16	100
Problema	4	25,0		
Potencial para problema	0	0,0		
Nenhum problema aparente	12	76,9		

Observe-se que nenhum paciente apresentou completa limitação à avaliação pelo subescore da “percepção sensorial” e apenas dois pacientes (12,5%) se mostraram muito limitados quanto à “capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada com o desconforto”.

No subescore “umidade”, dois pacientes (12,5%) mantinham a pele constantemente úmida. Esse aspecto constitui risco para o desenvolvimento de UP, pois a umidade em excesso torna a pele mais fragilizada e mais susceptível ao atrito e à maceração.⁶

Para o subescore “atividade, observa-se que quatro pacientes encontravam-se acamados (25,0%) e 12 caminhavam frequentemente (74,9%). No subescore “mobilidade”, três pacientes encontravam-se completamente imobilizados (18,8%), não realizando qualquer mudança na posição do corpo ou de extremidades sem ajuda. Além de complicações cutâneas e músculo esqueléticas, a imobilidade pode levar a pessoa a desenvolver complicações cardiovasculares e respiratórias, dentre outras.²⁵

Em relação ao subescore “nutrição”, oito pacientes apresentaram padrão de nutrição excelente (49,8%), seguido de quatro com padrão adequado (25,0%), três com padrão provavelmente inadequado (18,8%) e, por fim, um paciente com padrão alimentar muito pobre (6,3%). A desnutrição implica retardo na reepitelização, diminuição da síntese de colágeno e adesão celular, dentre outros agravantes, contribuindo, dessa forma, para o risco de lesões cutâneas e retardo no processo cicatricial.⁴

Nos subescores “fricção” e “cisalhamento”, quatro pacientes apresentaram maior necessidade de assistência para movimentação (25,0%), visando até mesmo à preservação da pele e 12 não apresentaram essa necessidade (74,9%). Fricção e cisalhamento ocorrem pelo deslocamento do tecido cutâneo, causado pela elevação da cabeceira da cama do paciente em ângulo maior que 30 graus, favorecendo seu deslizamento, podendo lesar tecidos, resultando em UP.²¹

O índice de prevalência de UP encontrado foi 18,8%, uma vez que dos 16 pacientes que participaram do estudo três apresentavam UP no momento da avaliação. Este achado é semelhante ao de estudo sobre prevalência de UP em pacientes de assistência domiciliar, todos dependentes de cuidadores, cuja prevalência foi de 19,1%.²⁶

Enfatize-se que a escassez de dados sobre a prevalência de feridas em populações brasileiras dificulta comparações dos resultados. A maioria dos estudos obtidos tem o objetivo de identificar a prevalência de lesões de etiologia específica.

Em relação aos escores totais da Escala de Braden, na TAB. 7, é apresentada a distribuição dos pacientes com UP, considerando essa categorização.

Observa-se que os dois pacientes com risco muito elevado (escore ≤ 9) apresentaram UP e, dos dois com alto risco (escore 10-12), um desenvolveu UP.

TABELA 7 – Distribuição dos pacientes internados no hospital campo de estudo, em relação à categorização dos escores da Escala de Braden e a presença de UP – Belo Horizonte – 2008

Escore da Escala de Braden	Com UP	Sem UP	Total	
	nº	nº	nº	%
≤ 9	2	0	2	12,5
10-12	1	1	2	12,5
13-14	0	0	0	0,0
15-16	0	0	0	0,0
17-18	0	0	0	0,0
≥ 19	0	12	12	74,9
TOTAL	3	13	16	100

A distribuição dos subescores da Escala de Braden e a presença de UP estão apresentadas na TAB. 8.

Detectou-se que a umidade, a imobilidade e o cisalhamento estiveram sempre presentes, mesmo que em níveis variados. Autores de pesquisa sobre incidência de UP em um hospital universitário²⁷ observaram que a umidade e a percepção sensorial eram fatores presentes nos pacientes internados. Os autores concluíram que esses fatores contribuíram para o desenvolvimento de UP. Em estudo sobre avaliação clínica e epidemiológica das UPs em pacientes internados em um hospital geral de atenção terciária, a umidade também esteve presente em 59% dos pacientes com UP.⁵ A umidade excessiva, provocada por incontinência urinária, anal ou simplesmente por perspiração, pode ser evitada diminuindo o intervalo de troca de roupas e aumentando o rigor na higienização e secagem após o banho do paciente.²⁸

Quanto à imobilidade, esse fator foi identificado em estudo sobre a avaliação de protocolos de prevenção e tratamento de UP.²⁹ Os autores detectaram que os pacientes que apresentavam UP foram os que tiveram mais dias de imobilidade. Estudo sobre incidência de UP em dois hospitais e ações de enfermagem¹⁸ também apresentou a mobilidade física prejudicada como fator de risco mais frequente. Ressalte-se que, na nossa casuística, dois pacientes apresentavam doença do sistema osteomuscular. É importante ressaltar que a equipe de enfermagem deve realizar mudança de posição do paciente a cada duas horas, favorecendo maior mobilidade dos pacientes.²⁸

No que se refere ao cisalhamento, os achados deste estudo contrapõem-se aos achados de estudo realizado em um centro de terapia intensiva de um hospital universitário.¹¹ As autoras observaram que a média dos subescores de fricção e cisalhamento nos pacientes que desenvolveram úlceras foi menor em relação a outros fatores. A prática da utilização de lençol móvel por duas pessoas para movimentar ou elevar o paciente diminui a fricção e o cisalhamento, reduzindo o risco para desenvolvimento de UP.

TABELA 8 – Distribuição dos subescores da Escala de Braden dos pacientes internados no hospital campo do estudo, segundo a ocorrência de UP – Belo Horizonte – 2008

Subescores médios	Com UP		Sem UP		Total	
	n	%	n	%	n	%
Percepção sensorial					16	100
Completamente limitado	0	0,0	0	0,0		
Muito limitado	2	12,5	0	0,0		
Levemente limitado	1	6,3	0	0,0		
Nenhuma limitação	0	0,0	13	81,3		
Umidade					16	100
Constantemente úmida	1	6,3	1	6,3		
Muito úmida	1	6,3	0	0,0		
Ocasionalmente úmida	1	6,3	0	0,0		
Raramente úmida	0	0,0	12	74,9		
Atividade					16	100
Acamado	3	18,8	1	6,3		
Restrito à cadeira	0	0,0	0	0,0		
Caminha ocasionalmente	0	0,0	0	0,0		
Caminha frequentemente	0	0,0	12	74,9		
Mobilidade					16	100
Completamente imobilizado	3	18,8	0	0,0		
Muito limitado	0	0,0	1	6,3		
Levemente limitado	0	0,0	0	0,0		
Nenhuma limitação	0	0,0	12	74,9		
Nutrição					16	100
Muito pobre	0	0,0	1	6,3		
Provavelmente inadequado	2	12,5	1	6,3		
Adequado	1	6,3	3	18,8		
Excelente	0	0,0	8	49,8		
Fricção e cisalhamento					16	100
Problema	3	18,8	1	6,3		
Potencial para problema	0	0,0	0	0,0		
Nenhum problema aparente	0	0,0	12	76,9		

Em relação à localização anatômica, as UPs acometem áreas onde há pressão sobre proeminências ósseas, ou seja, sacro, ísquio, trocânter, calcâneo, região occipital,

dorso do pé, maléolo da tibia e rótula.³⁰ A localização anatômica e o estágio das UPs detectadas encontram-se na TAB. 9. Destaque-se que 17 UPs foram identificadas em três dos pacientes que compunham a amostra deste estudo.

TABELA 9 – Distribuição das UPs dos pacientes internados no hospital campo do estudo, considerando a localização anatômica e o estágio da UP – Belo Horizonte – 2008

Localização anatômica	Estágios da UP				Total	
	I	II	III	IV	n	%
Orelha	0	1	0	0	1	5,9
Escápula	1	1	0	0	2	11,8
Dorsal	0	0	0	0	1	5,9
Cotovelo	0	1	0	0	1	5,9
Trocânter	0	0	0	4	4	23,5
Sacral	0	1	0	2	3	17,6
Calcâneo	0	0	0	3	3	17,6
Maléolo	1	0	0	1	2	11,8
TOTAL	3	4	0	10	17	100

A localização anatômica de maior frequência foi a região trocântica (23,5%), seguida das regiões sacral e calcâneo (17,6%) e escápula e maléolo (11,8%). Quanto aos estágios da lesão, a maioria das UPs estava no estágio IV (58,9%), seguidas do estágio II (23,5%).

Estudos realizados em UTI de hospitais universitários do Brasil mostraram que as UPs têm maior frequência nas regiões calcânea e sacral e em estágios I e II.^{31,32}

Os locais encontrados nesse estudo são aqueles de ocorrência mais frequente em pacientes com posicionamento no leito em decúbito dorsal e lateral. Percebe-se que são evidentes os benefícios da aplicação da escala de risco de Braden em pacientes internados, uma vez que esta identifica os pacientes em risco, permitindo a tomada de decisão e o direcionamento das intervenções de enfermagem de forma individualizada o mais precoce possível. Dentre as intervenções, encontram-se as medidas que visam reduzir a pressão nas proeminências ósseas e aumentar a tolerância tissular nos pacientes que apresentam risco para o desenvolvimento ou naqueles que já apresentam úlceras.

A diretriz para tratamento e prevenção de UP, elaborada pela Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society, preconiza diversas recomendações, como limpar e hidratar a pele após cada episódio de incontinência; evitar massagens vigorosas sobre as proeminências ósseas; utilizar lençóis ou outros utensílios para transferir ou virar os pacientes, para reduzir a fricção; manter

a cabeceira da cama até 30°, se a condição clínica do paciente permitir, a fim de evitar o cisalhamento; mudar o paciente de posição a cada 2-4 horas, quando houver associação com superfícies redutoras de pressão, ou a cada duas horas, quando não houver utilização de superfícies; utilizar superfícies de suporte em camas e cadeiras para reduzir a pressão; manter nutrição adequada.⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência demonstrou ser um recurso útil e prático no delineamento da situação dos pacientes com UP, uma vez que permite calcular a ocorrência das lesões em determinado período e lugar, bem como fornecer ferramentas para a implementação dos cuidados de enfermagem.

A avaliação de risco é uma ferramenta eficaz na prevenção de UP, e a literatura ressalta a importância desse tipo de instrumento para nortear as ações de enfermagem, no que diz respeito ao uso adequado e racional das medidas preventivas, à redução do tempo de internação hospitalar e dos custos com o tratamento e, sobretudo, do sofrimento dos pacientes.

No hospital campo do estudo, existe um Protocolo de Tratamento e Prevenção de Feridas, implantado em 2005. No entanto, a prevalência de 18,8% em uma unidade com 16 pacientes pode ser considerada alta quando se pensa na repercussão dessas lesões para o paciente e para a instituição. A prevenção é uma das ações fundamentais dos profissionais de enfermagem para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Paiva LC. Úlcera de pressão em pacientes internados em um hospital universitário em Natal/RN: condições predisponentes e fatores de risco [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008. 98 p.
2. Santos VLCCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale of Healing (PUSH), para a língua portuguesa. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(3):305-13.
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure ulcer prevalence, cost and risk assessment: consensus development conference statement. *Decubitus*. 1989; 2(2):24-8.
4. Maciel EAF. Prevalência de feridas em pacientes internados em um hospital filantrópico de grande porte de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2008. 92 p.
5. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2):182-7.
6. Silva MSLM, Garcia TR. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes acamados. *Rev Bras Enferm*. 1998; 51(4):615-28.
7. Fernandes LM. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa de literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2000. 168 p.
8. Rangel EML, Caliri MHL. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009; 11(1):70-7.
9. Rabeh SAN, Caliri MHL. Úlceras de pressão: estratégia para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem. *Rev Paul Enferm*. 2003; 22(3):307-14.
10. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *J Nurs Res*. 1987; 36(4): 205-10.
11. Fernandes LM, Caliri MHL. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2008; 16(6):973-8.
12. Paranhos WY. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden na língua portuguesa [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1999.
13. Chayamiti EMPC. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em assistência domiciliar em um distrito de Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2004. 95 p.
14. Raclif CR, Bryant DE, Dutchen JÁ, McNichol L, Goldberg M. Guideline for prevention and the management of pressure ulcers. Glenview: Wound, Ostomy and Continence Nurses Society; 2003.
15. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP, 2007. [Cited 2008 Mar 18]. Available from: <<http://www.npuap.org/pr2.htm>>
16. Medeiros ABF. Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: análise da prevalência e fatores de risco [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2006. 126 p.
17. Santos VLCCG, Caliri MHL. Conceito e classificação de úlcera de pressão: atualização do NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Rev Estima*. 2007; 5(3):43-4.
18. Anselmi ML, Peduzzi M, França Junior I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(3):257-64.
19. Castilho LD, Caliri MHL. Úlcera de pressão e estado nutricional: revisão da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(5):597-601.
20. Lise F, Silva LC. Prevenção da úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. *Acta Sci Health Sci*. 2007; 29(2):85-9.
21. Fernandes NCS, Torres GV, Vieira D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008; 10(3):733-46.
22. Moro A, Maurici A, Valle JB do, Zaclikeyis VR, Kleinubing junir H. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(4): 300-4.

- 23.** Cardoso MCS, Caliri MCS, Hass VJ. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. *REME Rev Min Enferm.* 2004; 8(2):316-20.
- 24.** Diccini S, Camaduro C, Iida LS. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(2):205-9.
- 25.** Silva MSML. Fatores de risco para úlceras de pressão em pacientes hospitalizados [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 1998. 89 p.
- 26.** Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(1):29-34.
- 27.** Rogenski NMB, Santos VLCC. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm.* 2005; 13(4):474-80.
- 28.** Bergstrom N, Allman RM, Alvarez OM, Bennett A, Carlson CE, Frantz RA, et al. Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline Number 15, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Publication 95-0652 December;1994.
- 29.** Louro M, Ferreira M, Povoia P. Avaliação de protocolos de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Rev Bras Terapia Intensiva.* 2007; 19(3):337-41.
- 30.** Paiva LC. Úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital universitário em Natal – RN: condições predisponentes e fatores de risco [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola de Enfermagem; 2008.
- 31.** Fernandes LM. Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em Centro de Terapia Intensiva [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2006.
- 32.** Costa IG. Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2003. 150 p.

Data de submissão: 6/7/2010

Data de aprovação: 25/11/2010